

# 老人デイサービスセンター利用依頼書

(あて先)  
土岐市社会福祉協議会会長

依頼者	居宅介護支援事業者	
	担当ケアマネジャー	
	T E L	
	F A X	

次のとおり利用希望者状況の連絡と依頼をします。

フリガナ		男・女	大正 昭和	年	月	日	歳
氏名							
住所	〒 電話番号						
連絡先 (ご家族)	家族氏名	本人との関係	連絡先				
医療機関名	主治医						
感染症	無・有 ( 結核・疥癬・肝炎・MRSA・その他 ( ) )						
介護状態	申請中 ・ 総合事業対象者 ・ 要支援1 ・ 要支援2 要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5						
開始希望日	年 月 日 ( ) から						
希望曜日	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 いつでも可						
移送形態	車いす ・ 歩行可 ( )						
身体状況 ( デイサービス利用における留意点 )							
その他、特別な医療 ( 医学的管理 ) の内容、利用希望者の希望等							
添付書類	居宅サービス計画書 or 介護予防サービス支援計画書 ( ケアマネジメント結果等記録表 )						
※お持ちでしたら、診療情報提供書、利用者基本情報、介護保険被保険者証、介護保険負担割合証のコピーをいただくと幸いです。							

社協記入欄	受付日	年	月	日
	受付者			